紹介患者さん診療・検査事前予約ご利用のご案内

医療機関用 外来診療・検査事前予約 FAX予約

待ち時間を短く患者さんが円滑に診療・検査を受けられるように、病院及び診療所の先生から『事前予約』をお受けしております。

●予約方法

①「紹介患者さん事前予約申込FAX用紙」に必要事項を記入し、地域連携室までFAXで送信してください。

↓

②直ちに、予約をお取りし、「予約受付票」をFAXで送信します。ただし、受付時間外のFAXについては、翌営業日の朝にご連絡いたします。

↓

③患者さんに以下をお渡しください。

- 予約受付票
- 診療情報提供書（紹介状）
- フィルム等

↓

④ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受取ったもの

- 予約受付票
- 診療情報提供書（紹介状）
- フィルム等

■別に必要なもの

- 健康保険証
- お薬手帳又はお薬のわかるもの
- 診察券

予約受付先

●京都市立病院地域連携室

TEL（075）311-5311㈹（内線2113）

FAX **（075）311-9862（専用）**

●事前予約医療機関専用電話

（075）311-6348

事前予約受付時間（土日祝日を除く）

平　日/8：30~19：00（木曜日は17：00まで）

FAXは、24時間お受けしています。

地域連携相談業務

平　日/8：30~17：00（月曜日~金曜日）

患者さん用 紹介患者さん事前予約センター 電話予約

先生からの紹介状があれば、患者さんからのお電話で、ご自身のスケジュールに合わせた予約をお取りいただくことができます。

※担当医師の指定、検査の予約はできません。

●予約方法

①お電話をされる前に、患者さんには以下をお手元にご用意いただきます。

- 事前予約申込票（必要事項記入済みのもの）
- 診療情報提供書（紹介状）
- 診察券　※初診でもご予約可能です。

↓

②患者さんから『事前予約センター』へお電話いただきます。

専用電話番号 **（075）311-6361**

受付時間/月～金（9：00 ～ 17：00）

※土・日・祝・年末年始（12/29 ～ 1/3）を除く

●ご予約は前日17：00まで受付しております。

▶電話予約時に確認させていただく内容

- 患者さんのお名前（漢字・ヨミガナ）
- 生年月日・性別
- ご連絡先（電話番号等）
- 紹介元医療機関名・予約診療科

↓

③ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受け取ったもの

- 事前予約受付票（必要事項記入済みのもの）
- 診療情報提供書（紹介状）
- フィルム等

■別に必要なもの

- 健康保険証
- お薬手帳又はお薬のわかるもの
- 診察券

健康診断や人間ドック、各種検診で「要精密検査」となった場合でも、上記と同様の手続きで事前予約が可能です（初診でも予約可）。ぜひご利用ください。

※ただし、市立病院で人間ドックを受けられた場合は、健診センターでの予約となります。

専用の申込用紙は、京都市立病院のホームページからダウンロードが可能ですので、ぜひご利用ください。

地方独立行政法人 京都市立病院機構
京都市立病院
地域連携室

〒604-8845　京都市中京区壬生東高田町1-2
TEL 075-311-5311（内線2113）　FAX 075-311-9862
事前予約医療機関専用電話（地域連携室直通）075-311-6348
https://www.kch-org.jp/

京都市立病院 連携だより

vol.50
令和5年10月

- 新任部長ご挨拶
- 第36回 京都市立病院地域医療フォーラム
- 特別座談会

京都市立病院機構理念

京都市立病院機構は

- 市民のいのちと健康を守ります
- 患者中心の最適な医療を提供します
- 地域と一体となって
  健康長寿のまちづくりに貢献します

京都市立病院憲章

1　質の高い安全な医療を提供するとともに、地域の医療水準の向上に貢献します。

2　患者の権利と尊厳を尊重し、心のこもった医療を提供します。

3　救急や災害時における地域に必要な医療を提供するとともに、
地域住民の健康の維持･増進に貢献します。

4　病院運営に参画する事業者等とのパートナーシップを強め、健全な病院経営に努めます。

5　職員の育成に努め、職員が自信と誇りを持ち、
全力で医療に従事できる職場環境を作ります。

新任部長ご挨拶

循環器内科部長　松尾　あきこ

令和5年7月1日より、岡田隆先生の後任として京都市立病院循環器内科部長に就任いたしました。

私は1992年に徳島大学医学部を卒業後、京都府立医科大学第二内科教室（現、循環器・腎臓内科学教室）に入局し、済生会滋賀県病院内科医として3年間勤続後は京都府立医科大学第二内科教室に専攻医として心筋症の臨床研究をしていました。1998年からは京都第二赤十字病院循環器内科に赴任となり、25年間勤務いたしました。この在籍期間には循環器救急医療や冠動脈インターベンションの症例などを多くの循環器疾患を経験することができ、特にcoronary physiology(冠循環)を専門としておりました。また、この数年は心不全患者が急増してきたこともあり、心不全の画像診断や心不全治療を中心に活動しておりました。非常に多くの症例を経験できたこともあり、心筋梗塞、冠循環、心不全に関する臨床研究も行ってきました。三次救急で長く循環器疾患を診てきた経験を、この病院でも活かせることができればと思っています。

日本の経済成長を背景に医療技術や生命科学が進歩し、わが国の平均寿命も世界のトップとなりました。その結果皮肉なことに、超高齢化社会が訪れることになり、人間が長く生きてきた結果様々な疾病を合併することとなって、生命の原動力である心臓機能が破綻する心不全が、パンデミックとして高齢者に訪れることになりました。時を同じくして、日本を取り巻く世界情勢も大きく変わり日本経済も陰りを見せ、環境破壊や新型コロナウィルスや自然災害と、見通しのたたない世の中となりました。このような様々な困難下の心不全パンデミックを、新型コロナウィルス感染蔓延と同じく、京都市立病院のような病院こそが率先して対応し、地域の医療機関の方々と協力をしながら、問題解決努力をしていくべきと考えております。

専門　心不全、冠循環

資格　日本内科学会総合専門医、
日本循環器学会循環器専門医、
日本循環器学会近畿地方会評議員、
日本心臓病学会FJCC

第36回　京都市立病院 地域医療フォ

急性期病院と地域をつ

第Ⅰ部　講演1

当院における認知症ケアサポートチ

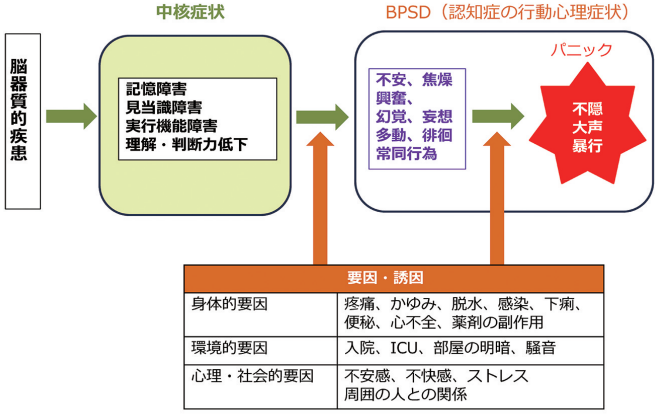
DSTの活動（医師の立場から）
～BPSD、せん妄を中心に～

脳神経内科部長
中谷 嘉文

認知症の症状については、全患者に必発の症状で治療困難な認知機能障害（中核症状）とある程度対処が可能なBPSD、行動・心理症状（周辺症状）に分けられます。BPSDは「認知症患者にしばしば出現する知覚（幻覚）、思考内容（妄想）、気分（うつ）、あるいは行動の障害（徘徊）の症状」と定義されています。過活動型BPSDには面談で分かる心理症状（幻覚・妄想・不安・他）と言動で分かる行動症状（大声・興奮・徘徊・他））があり、低活動型BPSDには抑うつ、意欲低下、摂食障害などがあります。後者は見逃されがちですが、背景に重篤な疾患が潜んでいることが多い。BPSDの有病率（5年追跡調査）は抑うつ、意欲低下が70%以上、妄想、不安、易刺激性が60%前後です。BPSDへの具体的な対応ですが、まず介入前に身体的要因（例:便秘、身体合併症、薬剤）を解消します。次に非薬物的治療（環境調整、レクリエーション療法、心理的介入）を優先し、無効の際に薬物療法を行います。この場合、抗精神病薬などを使用する前に、優先的に認知症治療薬を試みます。

BPSDとせん妄は異なる病態ですが、症状や発症様式が類似しています。しかし、区別すべき病態です。せん妄は一過性意識障害で（薬剤などの）適切な対応で改善することが多

器質的脳障害、中核症状、BPSDの関係



ーラム

令和5年 9月9日(土) 14:30~17:20
京都産業会館ホール 北室

なぐ認知症ケア

座長 京都市立病院 副院長 岡野 創造

ーム(DST)活動報告

い。せん妄の診断基準は①注意および意識の障害、②急性に発症(数時間~数日)し変動する傾向がある、③認知障害、④「①」と「③」は既存の認知症、昏睡で説明できない、⑤複数の病因で起こった証拠がある(ただし、特定は困難なことが多い)。せん妄の「準備因子」(例:年齢)は除去できず、「直接因子」(例:身体疾患)も除去が困難なので、「促進因子」(例:身体的・精神的要因、環境変化、睡眠)をできる限り排除します。そしてベンゾジアゼピン系薬剤などせん妄をきたす薬剤の使用は控えるべきです。また、患者の室内ですが、日中は明るく、夜間の照明は薄暗く、家族の写真を飾り、カレンダーや時計を見えやすい場所に配し、ベッドに柵を設けてください。ご家族の声かけも大切です。

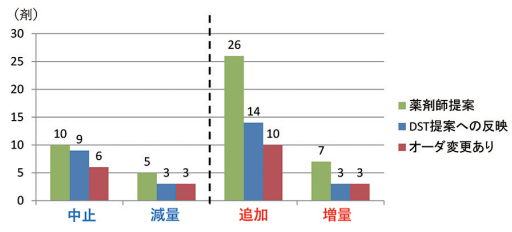
認知症ケアサポートチーム~薬剤師のかかわり~

薬剤科薬剤師
山南 貴一

2018年10月よりDSTの活動を開始し、認知症ケア加算1の算定を開始しました。

メンバーは認知症看護認定看護師3名、老人看護専門看護師1名、脳神経内科医、医療ソーシャルワーカー1名、薬剤師(3名でローテーション)。DST専従看護師が院内の認知症患者の対応を随時行っており、多職種で情報共有し対応。週1回(金):多職種カンファレンスおよびラウンド。その他:年1回認知症研修会を開催。薬剤師の役割は、①副作用モニタリング、②腎機能などの機能低下に応じた薬剤調整、③薬剤によるせん妄ハイリスク薬の確認・調整、④せん妄対策の薬剤の選択、⑤相互作用の確認、⑥ポリファーマシーの是正です。認知症ケアにおける鎮静を目的とした薬剤の適正使用については、まず非薬物的介入を検討し実施。次に、薬物的介入を行い、薬物の継続使用でBPSDが軽快していると判断できる際は、減量・中止を検討し長期使用を避けます。最後に表1はラウンドシートと診療録から後方視的に調査(期間:2019/4-9　対象:多職種カンファレンス時の介入患者・延べ人数298名)を行い、その内の薬剤師の提案内容についてのデータを示したものです。結果、薬剤師提案の変更内容は①薬剤の追加提案が多かった、②追加・増量の提案のDST提案への反映率は中止・減量と比較して低かった、となっています。

表1　薬剤師提案の変更内容



- 薬剤の追加の提案が多かった。
- 追加・増量の提案のDST提案への反映率は、中止・減量と比較して低かった。

【引用文献】
京都市立病院紀要　第40巻　第1号　2020
認知症サポートチームにおける薬剤師の関わり

認知症サポートチームにおける管理栄養士の役割

栄養科管理栄養士
尾崎 さくら

認知症の摂食困難は①摂食開始困難、②摂食中断、③食べ方の乱れの3つに分類されます。①の特徴は「じっと座ったまま食べようとしない」、「食器の並べ替えを繰り返す」、「食具・食器には触れるが食べる行為に至らない」です。食事ケアとしては食事の認知を高める工夫として味覚・臭覚の活用、好物の活用、代替料理を提供するなど嗜好への配慮、おにぎりやサンドイッチなど道具を使わずに食べられる料理の活用など多彩に試みています。また、患者さん向け資料(A3両面・視覚的表示)も持参して食事相談を実施。②の特徴は「食事以外に注意が向く」、「食事中に居眠り」、「むせて食べられない」などで、嚥下障害については日本嚥下リハ学会の嚥下調整食分類2021に基づく嚥下食を提供しています。③の特徴は「食べるペースが速い」、「適量がすくえない、手づかみ」、「1つの食器からのみ摂食し全てを認知できずに残す」です。これに対しては取っ手が大きく裏面に滑り止めを配した自助食器、時間を置いて食べられるドリンクやゼリータイプの補食も用意しています。次に有効な食形態の調整事例をご紹介します。91歳・女性のMさんは栄養剤(エンシュア)を開始し、ミキサー食へ変更。コップに移し替えなどを行い、摂取量が増加し、危険行為も減少しました。なお、退院後の連携のために栄養サマリー作成、退院前カンファレンス参加、退院時栄養指導も実施しています。

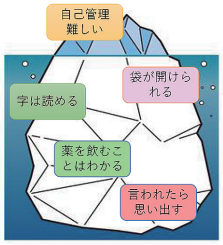
当院での対応例①

認知症サポートチーム活動報告
～DST看護師の役割～

看護部副看護師長
認知症看護認定看護師　**北川 陽子**

当院の入院患者年齢割合は10年で10%増加し、65歳以上の患者さんのうち認知症を有する割合は25.5%（2022年度）。これらの患者さんが処置（手術など）を受ける割合は32.7%でした。DST看護師の役割は①患者さんとのコミュニケーションを深め、観察、ケアを行う中で認知機能を評価し、課題をチームに持ち帰る、②病棟でのケアが過不足なく提供できているかを評価し、病棟と共有する、③チーム活動日以外でもPHSで対応、④退院前および倫理カンファレンスへの参加などです。2022年度のラウンド件数は1297件で一番多いのは看護ケアでした。退院後を見据えたセルフケアができるように、「できることを見つけて、苦手なことを支援する」というサポートを行っています。なお、最近、ミトンに替えて英国や高齢者施設で注目されている「マフ」も取り入れています。さらに、多職種でのチーム構成を強みとして、各職種が主催となり月に一回院内研修を行っています。また、依頼があれば地域での研修も行っています。老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師が対応する「もの忘れ看護外来」も間もなく開設予定です。

できることを見つけて、苦手なことを支援する



「できない」ではなく、「工夫したらできる」へ
退院後の生活を見据えたセルフケアができるよう、認知機能を評価し、できる工夫を検討する

例：内服自己管理
認知症だからできない、ではなく
時間の支援があればできる
かもしれない！！

第Ⅱ部　講演2

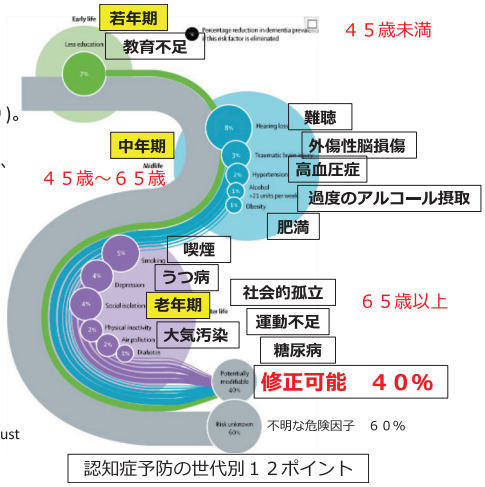
座長　京都市立病院 脳神経内科
副部長　村井 智彦

認知症の診断と最近の話題/音楽療法

光華もの忘れ・フレイルクリニック医師
京都光華女子大学 非常勤講師・京都市立病院 非常勤医師
藤竹 純子 先生

まず、認知症の種類と割合ですが、アルツハイマー型50%、レビー小体型20%、血管性20%、その他10%となっています。アルツハイマー病は「記憶の司令塔」である海馬が萎縮して記憶障害が起こります。海馬は人の小指くらいの大きさでギリシャ神話の海獣ヒポカンポスに由来します。その大きさはVSRADアドバンスで数値化して確認できます。海馬・大脳新皮質による記憶形成ですが、海馬は記憶容量が小さいので、必要なものだけを大脳新皮質に送り、不要な記憶は消去されます。レビー小体型認知症の症状は認知機能の変動、幻視、パーキンソン症状、一過性の意識障害・失神、レム睡眠行動障害などです。海馬の萎縮は軽度で、脳血流シンチでは後頭葉の血流低下がみられます。血管性認知症は脳血管障害が原因で、突然または緩徐に発症し、再発する度に段階的に進行します。前頭側頭葉変性症は行動障害が強く出現する前頭側頭型認知症の他に意味性認知症、進行性非流暢性失語があります。前頭側頭型認知症では繰り返しの散歩などの常同行動、万引きなどの反社会的行動、立ち去り行動などの注意散漫といった症状がみられます。また、高齢者タウオパチーというアミロイド病変を持たない高齢者の認知症の一群があります。嗜銀顆粒性認知症と神経原線維変化型老年期認知症です。前者はタウ蛋白が神経細胞の突起に蓄積した病変で、記憶障害や易怒性などの情緒障害が特徴。後者は内側側頭葉の萎縮がみられ、記憶障害が生じますが、人格障害は目立ちません。米国で本年7月に正式承認され、日本でも新薬承認が申請されている抗アミロイドβ（Aβ）抗体薬レカネマブはCDR-SBで

世界的医学誌のランセット委員会が研究や論文を分析(２０２０)。世代別の１２項目を改善すると、世界の認知症の４０%を予防したり、発症を遅らせることができる。



Livingston G. et al. Lancet 2020 8-14August ;396(10248):413-446

27%の悪化抑制を示しました。軽度認知障害もしくは軽度認知症を対象に2週間に1回、点滴治療を行い、治験は18カ月後の評価です。またアルツハイマー病の血液を用いた診断・血液バイオマーカー検査が可能になってきました。成功した最大の要因は質量分析技術の高さです。ノーベル賞を受賞した田中耕一氏（島津製作所）が開発した技術に免疫沈降法を組み合わせた免疫沈降－質量分析法により、血液中の多種類のAβ関連ペプチドの同時検出が可能となりました。認知症の発症・進行予防には有酸素運動（例：音楽体操）が有効です。世代別の12の改善ポイントも明らかになっています（図）。

次に音楽療法です。古代ギリシャのピタゴラスは「音楽の調和は心身の調和を調整する力がある」と指摘し、アリス

トテレスは音楽の「カタルシスの効果」を示し、悲しい時には悲しい曲が良いという同質の効果（原理）を認めています。ルネッサンス時代にはメランコリーやうつ病などの治療・予防に用いられました。20世紀初頭には第一次世界大戦の負傷兵に音楽療法を実践。1950年に全米音楽療法協会が設立され、音楽療法士の公認制度が確立されました。

日本では1995年に全日本音楽療法連盟が設立され、1997年に音楽療法士100名が誕生しました。京都市立病院では2002年に神経内科病棟の看護研究で音楽療法の試みを発表。2008年に第45回日本リハビリテーション医学会学術集会で「パーキンソン病の音楽療法（音楽リハビリテーション）」を演者発表。翌年、第3回日本音楽医療研究会で「パーキンソン病の音楽リハビリテーション」をOT久保が発表（CDなど作製）。2014年に「音楽療法を立ち上げる会」を結成し、翌年に京都医療センター・音楽療法　臨床音楽士　飯塚三枝子先生の講演会を開催。2016年に音楽療法を緩和ケア中心に開始しました。現在まで施行回数総計223回、施行人数総計828人となっています。認知症に対する音楽療法は言語領域、記憶領域が障害されていても、情動などに直接働きかけることができます。歌唱の多面的な働きとして①有酸素運動・舌や口腔の運動、②認知刺激訓練（伴奏を聴く、合わせて歌う）、③回想法（患者が社会や家庭でもっとも充実していた頃の曲）などがあります。BPSDに対する効果はほぼ確立しており、①不安に対して中程度、興奮・行動異常に対しても効果があり、②社会・人間関係も改善、③抑うつ症状の軽減、④患者と介護者の相互関係の改善などに役立ちます。また、入眠効果、NK細胞の増加、ストレス緩和、収縮期血圧の上昇抑制などの効果もあります。中核症状（記憶障害など）に対しては良質な研究の積み重ねが必要ですが、効果の報告も出されています。

第Ⅲ部　パネルディスカッション

司会　京都市立病院 副院長　岡野 創造

地域共生～認知症の人を支えるためにできること～

- 脳神経内科部長　中谷 嘉文　●認知症看護認定看護師　坂口かおり　●薬剤科薬剤師　山南 貴一
- 光華もの忘れ・フレイルクリニック医師・京都光華女子大学 非常勤講師・京都市立病院 非常勤医師　藤竹 純子 先生
- 訪問看護ステーションかみの 主任 訪問看護師　山田 晃代 氏
- 壬生老人ホーム居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員　南　哲也 氏
- 福祉サービス協会 朱雀事務所 サービス提供責任者　佐々木 美樹 氏

岡野　外部からお招きしたパネラーの方々から順に連携などに対する現状や課題をお聞かせいただけますか。

山田　連携で情報共有しながら常に患者さんができるベストな方法を探っています。迅速な対応を望むときは、総合病院や地域の医院のどちらに連絡するのが良いのでしょうか。

南　入院中から在宅に向けた準備を進めたいので、退院の見込みや退院後の留意点などの情報をいただけるとありがたい。無理なく生活再開ができるように支えたいのです。

佐々木　日々の活動の中で心身の状態の微妙な変化を察知し、連携先に報告すれば、各支援スタッフの早期介入が可能です。ご近所の方々の気づきや見守りも非常に大切で役立ちます。

中谷　連絡先の件ですが、かかりつけ医の先生にご相談の上、当院にご紹介いただくのが最良かと思います。佐々木さんが述べられた早期の気づきは非常に重要なポイントです。

坂口　ケアマネジャーさんや訪問看護師さんからの情報提供に「美川憲一の歌が大好き」と書かれているだけで、その方の生活が想像でき、入院中のケアに役立っています。

岡野　うちの父親も非常に多くのお薬を飲んでいますが、本当に必要なのかと思います。山南さん、いかがですか。

山南　ポリファーマシーですね。お薬のことでお困りの時は調剤薬局へご相談ください。必要に応じて、調剤薬局がトレーシングレポートを通じて当院の薬局へ情報提供されます。その情報はカルテに取り込まれ閲覧できるようにしています。また、緊急時は薬剤師が医師に連絡する体制も整っています。

岡野　藤竹先生は外から眺められる位置におられますが、何かご意見などはございますか。

藤竹　退院時の処方箋にずらりとお薬の名前がならんでいますが、分けていただくとありがたいですね。また、急性期には対応できませんが、光華のクリニックも上手にご活用ください。

岡野　いま、会場から認知症のご家族に医師が「仕方がない」という言葉で対応したというお話がありましたが、どのようにお考えですか。

坂口　その一言だけでは、ご家族は「もうどうしようもない」と捉えてしまう方もおられると思います。信頼性を築いてからでないと医師の一言が重い意味を持つことになりがちです。また、必死のご家族は疲弊します。上手く対応しておられる事例などもお伝えするようにしています。

山田　ご家族の生活も守っていただきたい。本音を素直に吐露できる場づくりが大切であり、地域共生で支え合いたいと願っています。

南　抱え込むと疲弊します。デイサービスなども上手に活用してほしい。人に任せることも知ってご家族のご負担を軽減していただければと思います。

特別座談会

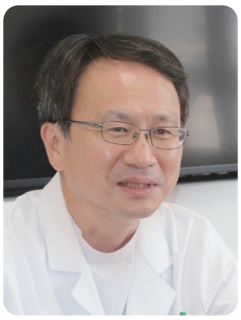
総力を結集して糖尿病に挑む

院内・院外の揺るぎない連携が効果的な治療を実現し患者さんの日々を力強く支える

小暮 彰典　糖尿病代謝内科部長
家原 典之　腎臓内科部長
松尾 あきこ　循環器内科部長

各科の緊密な院内連携による最良の治療を推進

―― 今回の特別座談会は生活習慣病の中でも日本人の成人の4人に1人が罹患している可能性のある糖尿病をテーマに取り上げました。効果的な治療を行い、合併症の発症・進行を防ぐためには、院内・院外の緊密な連携が不可欠ですが、それぞれの現状や強化すべき点などについてお聞かせいただけますか。まず、院内連携について糖尿病代謝内科部長の小暮先生、いかがでしょうか。



小暮　糖尿病は、さまざまの臓器の血管に障害を引き起こす疾患ですから、他科と連携して血管を守ることは極めて重要です。細小血管障害である糖尿病性腎症は、診療の際の諸検査でスクリーニングできますが、糖尿病患者の30%が該当すると推計されており、すべての腎障害を有する患者が腎臓内科を受診することは困難です。CKD診療ガイドラインでは腎臓内科専門医への紹介基準が示されていますが、私たちは、基準に達した症例のみならず、基準に達しない症例や糖尿病腎症としては非典型な症例などでも速やかに腎臓内科を受診していただいて、他の腎疾患の鑑別や、食事指導から血圧·脂質·貧血の管理など御指導いただいています。また、大血管障害である心疾患においても、自覚症状が無ければ見逃されやすいのですが、当科でABI検査や頸動脈エコー検査などを定期的におこない、異常があれば循環器内科を受診していただいています。その際は、当科から循環器内科の予約を直接予約できる“糖尿病科専用枠”を設けていただいており速やかにご予約をお取りでき、早期の受診につながっています。この枠は、循環器科からはどんな症例の紹介でもよいとお声がけいただいており、検査で特に何もない、単に“心血管リスクが多そうで気になる”症例でも速やかに受診することができ、大変助かっています。

―― 循環器内科部長の松尾先生はどのようにお思いでしょうか。

松尾　循環器内科では血管の疾患に対応していますが、その原因は予防ができていないということです。合併症の発症を防ぐために、1次予防、2次予防が大切です。たとえば、糖尿病と高血圧が合併すると動脈硬化が悪化し、心疾患や慢性腎臓病などの要因になります。血圧のコントロールは非常に重要なので、当科では患者さんに血圧を自己測定するように啓発しています。院内の連携については、糖尿病代謝内科は入院病棟が同じ3階ですから顔を合わせることも多く、コミュニケーションは申し分ありません。腎臓内科をはじめ専門分野の各先生方を100%信頼しておりますので、必要に応じて個々に相談いたしております。各科の敷居も極めて低く、すべてがスムーズです。

―― 早期の治療の重要性も含めて腎臓内科部長の家原先生はどのようにお考えでしょうか。

家原　院内連携は密にできていると思います。糖尿病性腎症の早期発見には、尿中のアルブミン量を的確に把握することが重要であると考えています。参考として述べますと、都道府県別の医療提供状況:アルブミン定量（尿）のデータ（内閣府SCRデータ: 2020年度）によるとアルブミン定量（尿）が入院の場合、京都府は全国で7位、外来で36位となっています。この現状を改善し、入院の順位に準ずるポジションにまで上げることができればと思っています。地域のかかりつけ医の先生方の積極的なご協力をお願いします。次に京都府における新規透析導入患者の年度別推移（一般財団法人 日本透析医学会:2013年~2020年）です。毎年600人以上で推移し、糖尿病のために透析を導入した患者さんは各年度ともに40%を越えており、300人前後です。糖尿病が基礎疾患だと冠動脈疾患を発症する場合が多いのはご承知の通りです。しかし、自覚症状のない無症候性心筋虚血も多く、発見が遅れます。透析を導入すると造影剤が使用でき、冠動脈の検査を行うことができます。当院の透析導入時に施行した冠動脈造影検査63例において冠動脈病変のある患者さんの傾向を分析しました（2020年:一般

京都府における新規透析導入患者

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	31年	令和元年	2年	
全国	36590	36602	36377	36797	37252	38786	38147	38557	38549	
京都	632	631	681	676	616	672	683	682	629	人
糖尿病	45.9	44.3	44.1	47.5	44.6	42	44.5	44	46.4	%
腎硬化症	10.3	10.5	11	15.7	13.3	14	14.5	17.7	15.1	
慢性腎炎	19.1	19.8	13.8	11.8	13.3	14.9	16	13.2	13.2	
多発性嚢胞腎	1.4	1.3	2.9	1.6	1.5	3.4	2	2.6	1.9	

一般社団法人　日本透析医学会　統計調査委員会資料より作成

財団法人 日本透析医学会にて当科発表)。75%以上の狭窄またはPCIの対象となる病変を持った患者は55人で、その内の41人が糖尿病既往のある患者でした。また、糖尿病既往のある患者の平均病変数は2.3病変であり非糖尿病患者の平均病変数は1.7病変でした。糖尿病患者の方が狭窄病変やPCI対象病変が有意に多いという結果が出ています。この傾向分析も予防的な取り組みの重要性を示しています。

患者さんの日々に寄り添うサポート教室を開催

── 適切な治療を継続するために、地域に向けて開催している教室について教えてください。

家原　腎臓内科では2014年3月から奇数月の第2~第4木曜日に腎臓病教室を開設しています。対象はかかりつけ医の先生に参加をすすめられた方々や当科を受診中の患者さんとご家族です。内容は3回で1クールです。第2木曜日は腎臓の疾患を悪化させないための医師と薬剤師の話。第3木曜日は栄養士がご提案する食事療法と理学療法士による腎臓リハビリテーションの方法および運動レッスン。第4木曜日は腎臓病がかなり進行(血清クレアチニンが5に近い方)した患者さんを対象に医師が腎代替療法のご案内とDVD視聴、看護師による実物を用いたお話です。腎機能の低下予防と今後に向けた心構えを養っていただくのが目的です。ちなみに、透析を開始すると身体障害者に認定され、医療費軽減を受けることができます。このような医療福祉についても当院の相談支援室職員がご説明いたします。

小暮　糖尿病教室は、従来は、予約不要で広く市民の皆さんに参加していただいていたのですが、コロナ禍で制限を余儀なくされています。現在は、3ヶ月に1回、第3木曜日に通院中の糖尿病患者とそのご家族を対象に予約制で行っています。糖尿病は初期には症状がないため、血糖コントロールも疎かになりがちですが、放置すれば合併症が進行し、深刻な状況に陥ります。糖尿病教室を通じて正しい知識を得ていただき、自己管理に役立てていただきたいですし、早いうちにもとの自由参加型の糖尿病教室に戻して、広く市民の皆さんへの正しい知識の普及に務めたいと思っています。

院内・院外を一つに結ぶ連携で際立つ成果を

── 院外連携について地域のかかりつけ医の先生方へのメッセージなどをお聞かせください。

小暮　京都市内は糖尿病を診ていただいているかかりつけの先生・糖尿病専門の先生が多数おられ、糖尿病治療の目標である“糖尿病のない人と変わらない寿命とQOL”の達成にむけて日夜ご尽力いただき感謝しています。先生方とお話しさせていただくとき、しばしばお聞きするのは、糖尿病患者さんの合併症や全身の管理の難しさです。例えば、“循環器系の疾患のスクリーニングをいつ、どうするか、以前したけれど次はいつか”とか“どのタイミングで腎臓内科を受診するのがよいか”“急に血糖が悪くなってきたが、どこに原因があるのか、どこまで調べるか、薬の増量でよいか”等で、先生方では判断に困ったり、自施設で検査が困難な場合もあると思います。また、これぐらいのことで循環器や腎臓内科の専門医を紹介してもよいのかと、ご紹介を躊躇することもあるかもしれません。そのような場合は、まず、糖尿病代謝内科にご相談いただければと思います。当科では、糖尿病患者における、地域の先生方と、腎臓内科・循環器科をはじめとする当院の専門医とのより緊密な連携をサポートできればと思っておりますので、お気軽にご紹介ください。

家原　以前に比べると末期腎不全で透析寸前という患者さんは減少しました。しかし、現在でも腎臓内科というと「透析科」と捉えられているケースが少なくないように感じます。たとえば、慢性腎臓病には初期から末期までいくつもの段階があり、患者さんの病期によって治療法も変わってきます。いずれ透析導入が必要な場合でも、患者さんが透析を受け入れるための心の準備期間も必要です。このような点をご理解いただき、なるべく早期にご相談していただければと願っています。それから、虚血による下肢切断も極力避けたいです。透析後の治療にも大きく影響します。治療法も進歩しており、当科でも最近はLDL吸着療法なども試みています。これも共通認識として定着させたいと考えています。

松尾　私は当院に着任して日が浅いので、まだ地域の開業医の方々との位置関係、連携の現状などを的確に把握できていないところがあるのですが、これまでの経験も踏まえて地域医療支援病院と地域医療機関との相乗効果を高める連携と適切な役割分担を推し進めることができればと願っています。普段はかかりつけ医の先生方に診ていただき、少なくとも年に一度は当院に来ていただいて検査を行うといったスタイルを取りたいのです。たとえば、慢性心不全の患者さんの治療は時間を要しますが、そのようになる前に、しかるべき治療が必要であり、私はそこに時間を注ぎたいのです。この座談会でも予防の大切さが何度も指摘されていますが、院内・院外の力を結集した際立つ連携医療で大きな成果をあげることができればと思っています。